

(別紙1)

子ども医療費助成用口座登録・変更依頼書

我孫子市長 あて

子ども医療費助成における振込を、下記のとおり登録・変更依頼します。

年 月 日

保護者住所 我孫子市

保護者氏名 子どもの続柄 ()

電話番号

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			支店
	普通・当座	口座番号			
	フリガナ				
	口座名義人				

高校生相当年齢以下の子ども全員の名前を記入してください。
※子ども医療費の助成を受ける兄弟姉妹がいる場合、全ての子どもの振込先を変更します。

受給者番号																					
名前																					
生年月日	年			月			日	年			月			日	年			月			日
受給者番号																					
名前																					
生年月日	年			月			日	年			月			日	年			月			日